

Cancer de l'estomac

DEFINITION ET INTERET

- C'est l'ensemble des tumeurs malignes
- développées au dépens de la paroi gastrique.
- Occupe le 3ème rang des cancers digestifs .
- Diagnostic amélioré par l'avènement de la fibroscopie digestive haute.
- Les progrès de la chirurgie et de la réanimation post-opératoire ont amélioré le pronostic.
- Intérêt grandissant pour le dépistage précoce

EPIDEMIOLOGIE

- la fréquence: plus fréquent au Japon; au Chili et dans certains pays de l'Europe du sud.
- le sexe: sexe ratio de 2 à prédominance masculine.
- l'âge: rare avant 40 ans; la fréquence augmente au-delà de 60 ans..

Facteurs de risque:

- **Helicobacter pylori** multiplie par 6 le risque de cancer.
- Aliments riches en **sel**, apprêtés en saumure, fumés, riches en graisses.
- Nitrates (eau) => Nitrites => **Nitrosamines**.
- **Hérédité**
- **Reflux biliaire gastrique** (gastrectomie partielle avec anastomose gastro-jéjunale ++).
- alcool et tabac non prouvés.
- **Facteurs protecteurs : Vitamines C et E.**

Conditions précancéreuses

- Gastrite atrophique (maladie de Biermer ...)
- Maladie de Ménétrier (très faible prévalence).
- Polypes adénomateux de l'estomac (très faible prévalence).
- Ulcère gastrique.
- Gastrectomie partielle (après 15 ans d'évolution).
- Métaplasies intestinales

ANATOMO-PATHOLOGIE:

- Siège: -Antro- pylorique: 50%
 - Corporel: 25%
 - Cardio-tubérositaire: 25%
- Adénocarcinome: 90%;
- Autres: Tm carcinoïdes; sarcomes; lymphomes; lésions plastiques et Tm secondaires

Mode d'extension:

- contiguïté: transpariétale
- voie lymphatique: Kc lymphophile
 - voie sanguine: foie; poumons; surrénales; ovaires; os; thyroïde et peau
 - voie péritonéale

Symptômes

- Diagnostic précoce difficile car rarement symptomatique au début.
- **Syndrome ulcéreux, dyspepsie**
- Signes d'alarme (anorexie, amaigrissement, fatigue, anémie).
- Plus rarement : amaigrissement, fièvre, anémie ferriprive, adénopathies, hépatomégalie nodulaire, phlébite.

- Stade avancé: **dysphagie** (cancer de la portion supérieure de l'estomac), **vomissements répétés** (portion inférieure), **hémorragie**

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Endoscopie Digestive:-permet de visualiser la tumeur-permet de pratiquer des biopsies 9 à 12-permet le diagnostic à un stade précoce
- TOGD: Théoriquement n'a plus de placeBilan d'extension:
- *Telethorax*Échographie abdominale
- *TDM abdominal:examen de référence pour apprécier l'évolution locale et les rapports de la tumeur avec les organes de voisinage.
- *Echo-endoscopie:individualise les couches pariétales de l'estomac et découvre les ADPs de voisinage
- TEP scan(Tomographie par Émission de Positrons)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

- Ulcère gastrique
- Tumeurs malignes de voisinage
- Formations kystiques de voisinage;
- Tumeurs gastriques bénignes: polypes;
- lipomes; angiome.....etc.
- Kc de l'œsophage
- Corps étrangers: surtout bézoards chez les gastrectomies.

Principes du traitement

■ **Traitement à visée curative:**

- **Petit cancer** : exérèse chirurgicale
- **Cancer évolué localement** : chimiothérapie néo-adjuvante puis chirurgie puis chimiothérapie adjuvante ou chirurgie puis chimiothérapie et RTH concomitante

■ **Chirurgie:**

- Gastrectomie partielle et curage ganglionnaire pour les cancers distaux.
- Gastrectomie totale et curage ganglionnaire pour les cancers de la partie supérieure de l'estomac.
- **Les 3 types de gastrectomie**
- gastrectomie polaire inférieure des 4/5èmes
- gastrectomie totale
- gastrectomie polaire supérieure

■ **Le traitement palliatif:**

- Gastrectomie de propreté si possible, dans le but d'éviter les complications (obstruction, hémorragie);
- Prothèse
- Chimiothérapie palliative .

Conséquences de la chirurgie

- Nécessité d'un régime alimentaire : fractionnement des repas, risque de dumping syndrome (hypoglycémie réactionnelle à la charge alimentaire)
- Injection de vitamine B12 en intramusculaire tous les trois mois